**Obezite Nedir?**

Bilindiği üzere beslenme; anne karnında başlayarak yaşamın sonlandığı ana kadar devam eden yaşamın vazgeçilmez bir ihtiyacıdır

İnsanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli ve dengeli miktarda alıp vücutta kullanabilmesidir.

Karın doyurmak, açlığı bastırmak, canının çektiği şeyleri yemek veya içmek değildir.

Günlük yaşamda bireylerin (gebe, emzikli, bebek, okul çocuğu, genç, yaşlı, işçi, sporcu, kalp-damar, şeker, yüksek tansiyon hastalığı, solunum yolu bozuklukları vb.) yaşa, cinsiyete, yaptığı işe, genetik ve fizyolojik özelliklerine ve hastalık durumuna göre değişen günlük enerjiye ihtiyacı vardır.

Sağlıklı bir yaşam sürdürmek için, alınan enerji ile harcanan enerjinin dengede tutulması gerekmektedir.

Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu oranın erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır.

Günlük alınan enejjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda, harcanamayan enerji vucutta yağ olarak depolanmakta ve obezite oluşumuna neden olmaktadır.

Buna paralel olarak, günümüz teknolojisindeki gelişmeler, yaşamı kolaylaştırmakla birlikte, günlük hareketleri önemli ölçüde sınırlamıştır.

Anlaşılacağı üzere obezite; besinlerle alınan enerjinin (kalori) harcanan enerjiden fazla olması ve fazla enerjinin vücutta yağ olarak depolanması (%20 veya daha fazla) sonucu ortaya çıkan, yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olarak kabul edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır.

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı** | |

Obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde obezite her geçen gün artış göstermektedir. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa’nın 6 ayrı yöresinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında 10 yılda obeziteprevalansında %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir.

Obezitenin en sık görüldüğü ABD’de Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından NHANES (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) çalışmasına göre 2003-2004 yılında obezite (BKI > 30) prevalansının erkeklerde %31.1, kadınlarda %33.2, 2005-2006 yılında ise erkeklerde %33.3, kadınlarda ise %35.3 olarak tespit edildiği açıklanmıştır.

Avrupa’da yetişkinlerde fazla kilolu olma prevalansı erkeklerde %32-79, kadınlarda ise %28-78 arasında değişmektedir. Fazla kilolu olma durumunun en yüksek olduğu ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere (İskoçya bölgesinde)’dir. Türkmenistan ve Özbekistan ise prevalansın en düşük olduğu ülkelerdir.  Bu ülkelerde obeziteprevalansı ise erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değişmektedir.

DSÖ verilerine göre, fazla kiloluluk ve obezite Avrupa’daki yetişkinlerde Tip 2 Diyabetin %80’inden, iskemik kalp hastalıklarının %35’inden ve hipertansiyonun %55’inden sorumludur ve her yıl 1 milyondan fazla ölüme neden olmaktadır. Hiç bir önlem alınmadığı takdirde ve obeziteprevalansındaki artışın 1990’lardaki hızıyla devam ettiği düşünüldüğünde, Avrupa’da 2010 yılına kadar 150 milyon yetişkin, 15 milyon çocuk ve adolesanınobez olacağı tahmin edilmektedir.

Obezite eğilimi özellikle çocuklar ve adölesanlarda alarm verici düzeydedir. Çocukluk çağı obezitesindeki yıllık artış giderek büyümektedir. Bugün gelinen noktada çocukluk çağı obezitesiprevalansının 1970’lerdeki değerlerden 10 kat fazla olduğu bildirilmektedir.

ABD’de, CDC tarafından çocuklarda ve adölesanlardaobeziteprevalansının NHANES çalışmasının değerlendirilmesi sonucunda 2003-2006 yıllarında 2-19 yaş grubu çocuklar ve adölesanların %16.3’ününobez (>95.yüzdelik, 2000 yılı yaşa göre BKİ büyüme eğrilerine göre değerlendirildiğinde) olduğu bildirilmiştir.

Okul çağı çocuklarda her iki cinsiyette fazla kilolu olma prevalansı en yüksek olan ülkeler İspanya (6-9 yaşta %35) ve Portekiz (7-9 yaşta %32), en düşük olan ülkeler ise Slovakya (7-9 yaşta %15), Fransa (7-9 yaşta %18), İsviçre (6-9 yaş %18) ve İzlanda (9 yaşta %18)’dır.

Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümü ile güvenilir verilerin elde edildiği iki büyük uluslararası çalışma bulunmaktadır. Bunlardan birincisi Avrupa’da 2003 yılında 9 ülkede yürütülen ve 11 yaşındaki çocukları kapsayan “The Pro Children” araştırmasıdır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre fazla kiloluluk prevalansı, erkeklerde (%17) kızlardan (%14) daha fazladır. Diğer büyük çalışma ise “HealthBehaviour in School-AgedChildrenSurvey (HBSC)” dir. 41 ülkede 11, 13 ve 15 yaş grubunda yürütülen çalışmada 2001-2002 yıllarında 13 yaş grubunda kızların %24, erkeklerin %34’ünün fazla kilolu; 15 yaş grubunda ise kızların %31, erkeklerin %28’inin fazla kilolu olduğu görülmüştür. Obezite oranı ise 13 ve 15 yaş kızlarda %5, erkeklerde %9 olarak saptanmıştır.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından Avrupa Bölgesinde fazla kiloluluğun yetişkinlerin %30-80’ini etkisi altına aldığı, çocukların ve adölesanların yaklaşık %20’sinin fazla kilolu olduğu ve bunların üçte birinin obez olduğu belirtilmektedir.

Obezitenin giderek yaygınlaşarak halk sağlığı sorunu haline gelmesi, tüm dünyada obezite ile mücadele çalışmalarının başlamasına neden olmuştur.

# Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı

## Yetişkinlerde:

|  |  |
| --- | --- |
| Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır.  Bakanlığımızca yapılan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010” ön çalışma raporuna göre Türkiye’de obezite sıklığı   * Erkeklerde %20,5 * Kadınlarda ise % 41,0 * Toplamda % 30,3   olarak bulunmuştur.  Toplamda fazla kilolu olanlar %34,6, fazla kilolu ve şişman olanlar %64,9, çok şişman olanların oranı %2,9 olarak bulunmuştur.  Bölgesel dağılımlar göz önüne alındığında obezite sıklığı; | |
| **NUTS1 Bölgesi** |  | |
| İstanbul | 33,0 | |
| Batı Marmara | 30,7 | |
| Doğu Marmara | 30,6 | |
| Ege | 28,0 | |
| Akdeniz | 30,1 | |
| Batı Anadolu | 33,0 | |
| Orta Anadolu | 32,9 | |
| Batı Karadeniz | 31,3 | |
| Doğu Karadeniz | 33,1 | |
| Kuzeydoğu Anadolu | 23,5 | |
| Ortadoğu Anadolu | 20,5 | |
| Güneydoğu Anadolu | 22,9 | |

## Çocuklarda

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bakanlığımız, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince yürütülen **“Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010”** ön çalışma raporuna göre Türkiye’de   * 0-5 yaşta obezite sıklığı % 8,5 (erkek %10,1, kız %6,8) * 6-18 yaşta obezite sıklığı % 8,2 (erkek %9,1, kız %7,3)   olarak bulunmuştur.  0-5 yaşta fazla kilolu olanlar %17,9, fazla kilolu ve şişman olanlar %26,4 olarak bulunmuştur.  6-18 yaşta fazla kilolu olanlar %14,3, fazla kilolu ve şişman olanlar %22,5 olarak bulunmuştur.  Bakanlığımız, Milli Eğitim Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünce yürütülen “**Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Projesi”**  Araştırma Raporuna (2009) göre Türkiye’de fazla kilolu ve şişman oranları ; | | | |
| **Yaş** | **Fazla Kilolu** | **Şişman** | **Fazla kilolu + şişman** |
| 6 | 12,4 | 5,5 | 17,9 |
| 7 | 15,3 | 5,8 | 21,1 |
| 8 | 14,4 | 6,1 | 20,5 |
| 9 | 14,1 | 7,7 | 21,8 |
| 10 | 14,5 | 6,9 | 21,4 |
| Toplam | 14,3 | 6,5 | 20,8 |

olarak bulunmuştur.

# Obezite Hakkında 10 Gerçek

### 1. Fazla kiloluluk ve obezite “sağlığı bozabilecek derecede anormal ya da fazla yağ birikimi” olarak tanımlanmaktadır.

Beden kütle indeksi (BKİ) – kilo cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boya bölünmesi ile elde edilir-(kg/m2) – yetişkinlerde fazla kiloluluk ya da obeziteyi sınıflandırmak için sıkça kullanılan bir indekstir. DSÖ fazla kiloluğu 25 veya üzeri BKİ, obeziteyi ise 30 veya üzeri BKİ olarak tanımlamaktadır.

### 2. 2008 yılında fazla kilolu yetişkinlerin sayısı 1.4 milyardan, obez yetişkinlerin sayısı ise yarım milyardan fazla idi.

2008’de, 1.4 milyardan fazla yetişkin fazla kilolu, yarım milyardan fazla yetişkin ise obezdi. Her yıl en az 2.8 milyon kişi fazla kilolu ya da obez olmaktan kaynaklanan sonuçlardan ölüyor. 1980’den 2008’e obeziteprevalansı neredeyse ikiye katladı. Obezite bir zamanlar yüksek gelirli ülkelerle ilişkilendirilirken şimdi düşük ve orta gelirli ülkelerde de yaygın durumdadır.

### 3. 2008 yılında dünya genelinde 40 milyondan fazla okul öncesi çocuk fazla kiloluydu.

Çocukluk çağı obezitesi 21. yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Fazla kilolu çocukların obez yetişkinler olması muhtemeldir. Bu çocuklar erken yaşta diyabet ve kardiyovasküler hastalıklara yakalanmaya fazla kilolu olmayan yaşıtlarına göre daha yatkındırlar ki bu hastalıklar da sonuç olarak hastalık ve erken ölüm riskinin artması anlamına gelmektedir.

### 4. Dünya genelinde zayıflıktansa, fazla kiloluluk ve obezite ölümle daha fazla ilişkilendirilmektedir.

Dünya nüfusunun %65’i fazla kiloluluk ve obeziteden kaynaklı ölümlerin zayıflıktan kaynaklı ölümlerden fazla olduğu ülkelerde yaşamaktadır. Bu bütün orta ve yüksek gelirli ülkeleri içermektedir. Küresel olarak, diyabet vakalarının %44’ü, iskemik kalp hastalıklarının % 23’ü ve bazı kanser türlerinin %7-41’i fazla kiloluluk ve obeziteye dayandırılmaktadır.

### 5. Bir birey için obezite, genellikle alınan kalorilerle harcanan kaloriler arasındaki dengesizliğin bir sonucudur.

Yüksek kalorili yiyeceklerin, aynı yoğunlukta bir fiziksel aktivite olmadan aşırı tüketilmesi sağlıksız bir kilo artışına neden olur. Fiziksel aktivite düzeyini azaltmak da enerji dengesizliğine ve sonuç olarak kilo artışına neden olacaktır.

### 6. Bireylerin seçimlerini şekillendirmeleri ve obeziteden korunmalarında destekleyici çevre ve toplumlar esastır.

Bireysel sorumluluk ancak insanların sağlıklı bir yaşam tarzına erişimleri olduğunda ve sağlıklı seçimleri yapmaları desteklendiğinde tam etkisine sahip olabilir. Dünya Sağlık Örgütü, paydaşlarını sağlıklı çevreler oluşturmaları ve daha sağlıklı diyet seçeneklerini kolay ulaşılabilir ve düşük maliyetli yapabilmeleri konularında seferber etmiştir.

### 7. Çocuklar, seçimleri ve beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarında çevrelerinden etkilenmektedirler.

Sosyal ve ekonomik gelişme ile tarım, ulaşım, şehir planlaması, çevre, eğitim, besinlerin işlenmesi, dağıtımı ve pazarlanması ile ilgili politikalar çocukların hem fizik aktivite hem beslenme örüntülerini hem de beslenme alışkanlıkları ve tercihlerini etkilemektedir.  Artan bir şekilde bu etkiler sağlıksız kilo kazanımına neden olmakta ve çocukluk çağı obezitesiprevalansında artışa neden olmaktadır.

### 8. Sağlıklı bir diyet obeziteden korunmada yardımcı olabilir.

İnsanlar:  
1) sağlıklı kilolarını koruyabilir,  
2) toplam yağ alımını sınırlandırıp doymuş yağ yerine doymamış yağları tercih edebilir,  
3) sebze meyve, baklagiller, tam tahıllar ve kabuklu yemişlerin tüketimini artırabilir ve   
4) şeker ve tuz alımını kısıtlayabilirler.

### 9. Düzenli fiziksel aktivite yapmak beden sağlığını korumanıza yardımcı olur.

İnsanlar hayatları boyunca belli düzeyde fiziksel aktivite yapmaya özen göstermelidirler. Haftada 3 gün en az 30 dakikalık düzenli orta düzey fiziksel aktivite yapmak, kardiyovasküler hastalık, diyabet ve kolon ve meme kanseri riskini azaltmaktadır. Kas güçlendirme ve denge idmanları özellikle yaşlı bireyler için mobiliteyi geliştirme ve düşmeleri azaltmada yardımcı olabilir. Kilo kontrolü içinse daha fazla aktivite gerekmektedir.

### 10. Obezitedeki bu küresel epidemiyi kontrol altına almak toplum bazlı, çok sektörlü, multi-disipliner ve kültürel olarak uygun bir yaklaşım gerektirmektedir.

DSÖ’nün Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Korunması ve Kontrolü Küresel Strateji Eylem Planı'nın obezitedahil bulaşıcı olmayan hastalıkların denetimi, yönetimi ve bu hastalıklardan korunma ve izleme için girişimlerin geliştirilmesi ve güçlendirilmesi için bir yol haritası niteliğindedir.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Obezitenin Nedenleri | | | |
| Obeziteye neden olan etmenler tam olarak açıklanamamakla birlikte aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği obezitenin en önemli nedenleri olarak kabul edilmektedir. Bu faktörlerin yanısıra genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyo-kültürel ve psikolojik pek çok faktör birbiri ile ilişkili olarak obezite oluşumuna neden olmaktadır. Tüm dünyada özellikle çocukluk çağı obezitesindeki artışın sadece genetik yapıdaki değişikliklerle açıklanamayacak derecede fazla  olması nedeniyle, obezitenin oluşumunda çevresel faktörlerin rolünün ön planda olduğu kabul edilmektedir.  Obezitenin oluşmasında başlıca risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır :   * **Aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları** * **Yetersiz fiziksel aktivite** * **Yaş** * **Cinsiyet** * **Eğitim düzeyi** * **Sosyo – kültürel etmenler** * **Gelir durumu** * **Hormonal ve metabolik etmenler** * **Genetik etmenler** * **Psikolojik problemler** * **Sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama** * **Sigara- alkol kullanma durumu** * **Kullanılan bazı ilaçlar (antideprasanlar vb.)** * **Doğum sayısı ve doğumlar arası süre**   **Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Problemleri**  Obezite; vücut sistemleri (endokrin sistem, kardiyovaskülersistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, deri, genitoürinersistem, kas iskelet sistemi) ve psikososyal durum üzerinde yarattığı olumsuz etkilerden dolayı pek çok sağlık problemlerine neden olmaktadır.  Obezitenin çeşitli hastalıklarla ilişkisi bilinmekte olup morbidite ve mortaliteyi artırıcı etkisi de ortaya konulmuştur. Fazla kilolu olma Avrupa Bölgesinde her yıl 1 milyondan fazla ölümün ve hasta olarak geçirilen 12 milyon yaşam yılının sorumlusudur  Obezitenin neden olduğu sağlık sorunları/risk faktörleri :   * İnsülin direnci – Hiperinsülinemi * Tip 2 DiabetesMellitus * Hipertansiyon * Koroner arter hastalığı * Hiperlipidemi – Hipertrigliseridemi * Metaboliksendrom * Safra kesesi hastalıkları * Bazı kanser türleri (kadınlarda safra kesesi, endometriyum, yumurtalık ve meme kanserleri, erkeklerde ise kolon ve prostat kanserleri ) * Osteoartrit * Felç * Uyku apnesi * Karaciğer yağlanması * Astım * Solunum zorluğu * Gebelik komplikasyonları * Menstruasyon düzensizlikleri * Aşırı kıllanma * Ameliyat risklerinin artması * Ruhsal sorunlar (Anoreksiya nevroza (yemek yememe) veya Blumia nevroza (kusarak yediği besinlerden yararlanmama), Bingeeating (tıkınırcasına yeme),  gece yeme sendromu gibi ortaya çıkabilir veya bir şeyi daha fazla yiyerek psikolojik doyum sağlamaya çalışma) * Toplumsal uyumsuzluklar * Özellikle sık aralıklarla ağırlık kaybetme ve kazanma sonucunda deri altı yağ dokusunun fazla olması nedeniyle deri enfeksiyonları, kasıklarda ve ayaklarda mantar enfeksiyonları * Kas-iskelet sistemi problemleri   **Obezite Nasıl Saptanır?**  Dünya Sağlık Örgütü’nün obezite sınıflandırması esas alınarak obeziteyi belirlemek için yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine (BKI=kg/m2) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. BKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının tahmin edilmesinde kullanılmakta, vücutta yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir.  DSÖ’ye göre uluslar arasıobezite sınıflandırması Çizelge 1’de verilmiştir.  Çizelge 1:  Yetişkinlerde BKİ’ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Sınıflandırma** | **BKİ (kg/m2)** | | |  | **Temel kesişim noktaları** | **Geliştirilmiş kesişim noktaları** | | **Zayıf (düşük ağırlıklı**) | **<18.50** | **<18.50** | | Aşırı düzeyde zayıflık | <16.00 | <16.00 | | Orta düzeyde zayıflık | 16.00 - 16.99 | 16.00 - 16.99 | | Hafif düzeyde zayıflık | 17.00 - 18.49 | 17.00 - 18.49 | | **Normal** | **18.50 - 24.99** | **18.50 - 22.99** | | **23.00 - 24.99** | | **Toplu, hafif şişman, fazla kilolu** | **> 25.00** | **> 25.00** | | Şişmanlık öncesi (Pre-obez) | 25.00 - 29.99 | 25.00 - 27.49 | | 27.50 - 29.99 | | **Şişman (Obez)** | **> 30.00** | **> 30.00** | | Şişman I. Derece | 30.00 - 34-99 | 30.00 - 32.49 | | 32.50 - 34.99 | | Şişman II. Derece | 35.00 - 39.99 | 35.00 - 37.49 | | 37.50 - 39.99 | | Şişman III. Derece | > 40.00 | > 40.00 |  |  | | --- | |  |   Son yıllarda araştırmacılar vücuttaki toplam yağ miktarından çok, yağın vücutta bulunduğu bölge ve dağılımı üzerinde durmaktadırlar. Çünkü vücuttaki yağın bulunduğu bölge ve dağılımı, hastalıkların morbidite ve mortalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Bölgesel yağ dağılımı genetik olarak erkek ve kadınlarda farklılık göstermektedir. Android tip (erkek tipi) obezitede yağ vücudun üst bölümünde (elma tip) bel, üst karın ve göğüs karında ve cilt altında toplanmaktadır. Jinoid tip (kadın tipi) obezitede ise yağ, vücudun alt bölümünde (armut tip) kalça, uyluk, bacaklar ve cilt altında toplanmaktadır .  DSÖ’ne göre bel/kalça oranı kadınlarda 0.85’den ve erkeklerde ise 1.0’den fazla ise android tip obezite olarak kabul edilmektedir. Bu dağılımın belirlenmesinde bel/kalça oranı kullanılmakta ise de, tek başına bel çevresi ölçümü, karın bölgesindeki yağ dağılımı ve sağlığın bozulmasında önemli ve pratik bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Yağın karın bölgesinde ve iç organlarda toplanması insülin direncine yol açmaktadır. İnsülin direnci ise obezite ile yol açtığı Tip 2 Diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, koroner arter hastalıkları arasındaki ilişkiyi sağlayan en önemli faktördür. Tek başına bel çevresi ölçümünün erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm ve üzerinde olması hastalık riski ile ilişkilidir.  Yetişkinlerde bel çevresi ölçümüne göre hastalık riski Çizelge 2’de gösterilmiştir.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Cinsiyet** | **Risk (Uyarı sınırı)  (=BKİ>25)** | **Yüksek risk (Eylem sınırı)            ( =BKİ>30)** | | Erkek | > 94 | > 102 | | Kadın | > 80 | > 88 |   Çocuk ve adölesanlarda, yetişkinlerde olduğu gibi belli bir sınıflandırma bulunmamakta, fazla kilolu olma ve obezitenin tanımlanmasında farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. En sık kullanılan yöntemlerden birisi bireysel ve toplumsal düzeyde yüzdelik (persentil) ve/veya z skor değerlerinin kullanılmasıdır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2006 yılında 0-5 yaş çocukları için büyüme standartları 2007 yılında ise 5-19 yaş grubu çocuklar ve adölesanlar için büyüme referans değerleri yayımlanmıştır. Böylece günümüzde çocuk ve adölesanlarda yaşa göre BKİ değerleri, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılmasında kullanılmaya başlanmıştır.  DSÖ tarafından çocuk ve adölesanlarda fazla kilolu olma ve obezitenin sınıflandırılmasında kullanılması önerilen tablolar Ek-2 ve Ek-3’de verilmiştir. Bu tablolara göre 5 yaşın altındaki çocuklarda fazla kiloluluk >+2 SD veya >97. yüzdelik (persentil), obezite ise >+3 SD veya >99.yüzdelik olarak tanımlanmaktadır. 5-19 yaş grubundaki çocuklar ve adölesanlarda ise fazla kiloluluk >+1 SD veya >85.yüzdeliğin üzeri, obezite ise >+2 SD veya >97.yüzdeliğin üzeri olarak tanımlanmaktadır.  **Obezitenin Tedavisi**  Obezite oluşmadan korunma büyük önem taşımaktadır. Obeziteden korunma, çocukluk çağında başlamalıdır. Çocuk ve adolesan döneminde oluşan obezite, yetişkinlik dönemi obezitesi için zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle aile, okul ve çevre yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirilmelidr. Obezite tedavisi, bireyin kararlılığı ve etkin olarak katılımını gerektiren, tedavisi zorunlu, uzun ve süreklilik arz eden bir süreçtir. Obezitenin etiyolojisinde pek çok faktörün etkili olması, bu hastalığın önlenmesi ve tedavisini son derece güç ve karmaşık hale getirmektedir. Bu nedenle obezite tedavisinde hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapistten oluşan bir ekip gerekmektedir.  Obezite tedavisinde amaç, gerçekçi bir vücut ağırlığı kaybı hedeflenerek, obeziteye ilişkin morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir.  Vücut ağırlığının 6 aylık dönemde %10 azalması, obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarının önlenmesinde önemli yarar sağlamaktadır.  Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler 5 grup altında toplanmaktadır. Bu yöntemler; ****1.Tıbbi beslenme (diyet) tedavisi,****  Obezitenin tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi anahtar rol oynamaktadır. Obezitede beslenme tedavisi ile:   * Vücut ağırlığının, boya göre olması gereken (BKİ= 18.5 – 24.9 kg/m2) düzeye indirilmesi hedeflenmelidir. Tıbbi beslenme (diyet) tedavisinin bireye özgü olduğu unutulmamalıdır. Başlangıçta belirlenen hedefler, bireyin olması gereken ideal ağırlığı olabildiği gibi, ideal ağırlığının biraz üzerinde de olabilir. * Uygulanacak zayıflama diyetleri yeterli ve dengeli beslenme ilkeleri ile uyumlu olmalıdır. Amaç, bireye doğru beslenme alışkanlığı kazandırılması ve bu alışkanlığını sürdürmesidir. * Vücut ağırlığı boya göre olması gereken (BKİ= 18.5 – 24.9 kg/m2) düzeye geldiğinde tekrar ağırlık kazanımı önlenmeli ve kaybedilen ağırlık korunmalıdır.  ****2.Egzersiz tedavisi**** Egzersiz tedavisinin ağırlık kaybını sağlamadaki etkisi halen tartışmalı olsa da, fiziksel aktivitenin yağ dokusu ve karın bölgesindeki yağlanmayı azalttığı, diyet yapıldığında görülebilen kas kütle kayıplarını önlediği kesin olarak kabul edilmektedir. Egzersiz tedavisi ile, tıbbi beslenme tedavisini destekleyici nitelikte bireylerin ağırlık kazanımları engellenebilmekte, zayıflama ve tekrar ağırlık kazanmanın önlenmesi sağlanmaktadır.  Yetişkinlerin her gün ortalama 30 dakika orta şiddette egzersiz yapması önerilmektedir. Bu düzey bir aktivite günlük 840kj (200kkal) enerji tüketimini sağlar. Obez kişilerde her gün fiziksel olarak aktif olmak amaçlanmaktadır. Enerji harcaması kişinin vücut ağırlığı ve aktivite şiddetine göre değişir.  Egzersiz tedavisinin temel ilkeleri aşağıda belirtilmiştir :   * Egzersizin Türü  ; Yürüyüş, Günlük Yaşam Aktivitelerinde Artış, Direnç Egzersizleri * Egzersizin Sıklığı; Her gün veya en az 5 gün/hafta * Egzersizin Süresi; 40-60 dk/günde 1 kez, 20-30 dk/günde 2 kez * Egzersizin Şiddeti; Maksimal Oksijen Tüketiminin % 50-70’i   Obez bireyde, egzersiz programının uygulanmasında dikkat edilmesi gereken en önemli konular, enerji harcamasını artırırken yaralanma riskinin en düşük düzeyde tutulmasıdır. Önerilen egzersiz programı, bireye özgü olmalı, eğlenceli, uygulanabilir ve bireyin günlük yaşam alışkanlıkları ile uyumlu olmalıdır. ****3.Davranış değişikliği tedavisi**** Vücut ağırlığının denetiminde davranış değişikliği tedavisi, fazla ağırlık kazanımına neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi veya azaltmayı, olumlu davranışları ise pekiştirerek yaşam biçimi haline gelmesini amaçlayan bir tedavi şeklidir. Davranış değişikliği tedavisinin basamakları:   1. Kendi kendini gözlemleme 2. Uyaran kontrolü 3. Alternatif davranış geliştirme 4. Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme 5. Bilişsel yeniden yapılandırma 6. Sosyal destek  ****4.Farmakolojik tedavi**** Obezite tedavisinde kullanılacak ilaçlar hafif ve orta derecede ağırlık fazlalığı olan bireyler için uygun değildir. Kullanılan ilaçların, sağlık yönünden güvenirliliğinin saptanmış olması, obeziteye neden olan etiyolojiye uygun bir etki göstermesi, kısa ve uzun dönemde önemli yan etkisinin olmaması ve bağımlılık yapmaması ve bu tür ilaçların mutlaka hekim tavsiyesi ve kontrolünde kullanılması gerekliliği büyük önem taşımaktadır.  Obezite tedavisinin başarılı olması için hastanın ilaç tedavisinin yanı sıra tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz tedavisini sürdürmeyi kabul etmesi ve düzenli olarak kontrollere gelmesi gerekmektedir. ****5.Cerrahi tedavi**** Obezitede cerrahi yaklaşım temelde ikiye ayrılır. Besinlerle alınan enerjinin azaltılmasına yönelik bariyatrik cerrahide hedef, besinlerin gastrointestinal sistemde emilimlerini azaltmaktır. Bu amaçla bypass, gastroplasti, gastrik bantlama, gastrik balon vb. yöntemleri kullanılır. Rekonstrüktif cerrahide ise amaç; vücudun çeşitli bölgelerinde lokalize olmuş mevcut yağ dokularının uzaklaştırılmasıdır. Bu tedavi estetik ağırlıklıdır ve eğer hasta obezite tedavisinin gereklerini yerine getirmezse yağ birikimi tekrar gerçekleşmektedir, |  |
|  |  |